

ВПЛИВ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО СТАНУ ПЛОДА

Снегір'ова І.О., Калуцька Н.Г., студ.4-го курсу

Науковий керівник – асист. Грінкевич Т.М.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Серед інфекцій TORCH-комплексу одне з перших місць займає цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ). За даними ВООЗ виявлення антитіл до ЦМВІ серед вагітних у країнах з різним соціально-економічним розвитком коливається в межах 40-100%. Незважаючи на те, що ЦМВІ була описана ще наприкінці минулого століття (1881 р., Н. Ribbert) ця проблема залишається найменш вивченою. ЦМВІ викликає вірус роду *Herpesviridae*, основною особливістю якого є позитивна персистенція, гігантоклітинні зміни і можлива реактивація в організмі інфікованої людини. В 53% випадків джерелом інфекції для дорослих є інфіковані діти. Які протягом багатьох років виділяють вірус зі слиною та сечею в дитячих садках та інших дошкільних закладах (Никонов А.П., Асуатурова О.Р., 2007). Інфікування найчастіше відбувається у віці 4-6 років та повторна хвиля – у 15-35 років. Активізація латентної інфекції під час вагітності спостерігається лише у 13-14% жінок. ЦМВІ протікає безсимптомно та наслідки її несприятливо впливають не тільки на перебіг вагітності, але і на стан та подальший розвиток плода. При цьому спеціалісти зустрічаються з невиношуванням вагітності, багатоводдям, мимовільними викиднями, приєднанням вторинної інфекції (гепатити, гемолітична анемія, менінгоенцефаліти). Найбільшу небезпеку викликає внутрішньоутробне інфікування плода (40%) та інтра – і перинатальне інфікування новонароджених (15%) протягом перших 6 місяців життя, з важкими відділеними наслідками: втрата слуху, зору, зупинка розумового розвитку, центральний параліч, гематоспленомегалія, епілепсія. Саме ці обставини і визначають особливий інтерес до проблеми ЦМВІ.

Метою нашого дослідження було встановити частоту і ступінь інфікування вагітних ЦМВІ та особливості перебігу вагітності при цьому. Нами було переглянуто 368 історій пологів жінок, яким на основі скарг особливостей анамнезу було запропоновано обстеження на TORCH-інфекцію. Серед обстежених було виявлено 80 (21,7%) жінок з високим титром специфічних IgG до ЦМВІ. У 52 (65%) вагітних спостерігалась загроза переривання вагітності, у 10 (12,5%) жінок вагітність супроводжувалась багатоводдям, у 5 (6,2%) жінок мало місце внутрішньоутробне інфікування плода, у 8 (19%) жінок була виявлена гіперплазія плаценти.

У більшості вагітних (92,5%) клінічні прояви ЦМВІ були відсутні, лише у 6 (7,5%) жінок спостерігався субфебрилітет і головний біль протягом 3 тижнів. Біохімічний аналіз крові всіх 80 вагітних особливих відхилень не дав. Проте у 12 (15%) жінок спостерігався лімфоцитоз, в мазках периферичної крові були виявлені атипові лімфоцити, у 33 (41,2%) спостерігалася незначна тромбоцитопенія, у 7 (8,75%) жінок мав місце дещо підвищений рівень печінкових трансамілаз. Спеціального лікування жінок не проводилось.

Нажаль оцінити ризик розвитку клінічно вираженої форми як у жінки, так і у плода не можливо. Активна імунізація жінок також не можлива, так як ліцензованих ЦМВІ-вакцин на сьогоднішній день немає. Дотепер не існує безпечного та ефективного методу лікування неонатальної ЦМВІ. Проте в США йде дослідження застосування "Ганцикловіру" у новонароджених в терапії ЦМВІ, що дозволить покращити найближчий прогноз, хоч і результати впливу його на відділені наслідки ще не вивчено. Великий інтерес викликає антивірусний препарат нового покоління бенземадазол-рибонуклеозид, який має меншу токсичність ніж Ганцикловір.

В зв'язку з відсутністю специфічного лікування ЦМВІ, так як вірус передається зі слиною, сечею, грудним молоком, через переливання крові та сексуальні контакти слід звернути особливу увагу на санітарно-гігієнічні заходи, що дозволить значно знизити ризик інфікування.